

Die cognitiv-therapeutische Übung nach Perfetti

Die Entwicklung der motorischen Rehabilitation der zentralnervösen Läsionen zeigt am Beispiel des Schlaganfalles in den letzten Jahren einen eindeutigen Trend: der Betroffene soll Übungen durchführen bei welchen er bewusst mit alltagsorientierten Handlungen mit der Welt interagiert.

Man hat den Eindruck, dass die meisten Fachpersonen sich der Idee eröffnet haben, dass das lädierte Nervensystem mit einem hohen funktionellen Integrationsgrad in die Übungen involviert werden sollte.

Diese Haltung vertritt die Schule von Carlo Perfetti (www.riabilitazioneurocognitiva.it) seit Anfang der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts. Natürlich gibt es verschiedene Ansichten darüber, in welcher Art, in welchem Moment und mit welcher Intensität die Patienten mit therapeutischen Übungen dazu gebracht werden sollten, funktionell mit der Welt zu interagieren. Die cognitiv-therapeutische Übung

(auf italienisch ETC, das heißt Esercizio Terapeutico Conoscitivo) sieht ein genau programmiertes stufenweises Vorgehen zur Erreichung der Therapieziele vor, das in genauen Untersuchungs- und Planungsbögen durch Physio- und Ergotherapeuten festgehalten wird. Notwendig dafür sind spezifische diagnostische Informationen über die vor-

liegenden Schädigungen des Nervensystems und Kenntnisse über deren Folgen auf allen funktionellen Ebenen.

Therapieplanung den Gegebenheiten anpassen

Die Planung der Therapie zielt darauf hin, die motorische Entwicklung des Patienten in seiner aktuellen pathologischen Situation am besten in die gewünschte Richtung, das heißt qualitativ den menschlichen Bedürfnissen entsprechenden Resultate, zu lenken (z.B. in eine solche, die am wenigsten Fehlentwicklungen im Sinne des Einsatzes von globalen funktionell schlecht einsetzbaren

Massenbewegungen zeigt). Das Vorgehen muss den einzelnen Gegebenheiten, die in der pathologischen Situation ihren Ursprung finden, mit ihren typischen dynamischen zeitlichen Entwicklungen, genau angepasst werden. Zu berücksichtigen sind vor allem die neuropsychologischen Defizite, die von der Lokalisation der Läsion abhängig sind (z.B. ihre Seitenabhängigkeit), den funktionellen Zustand der Muskeln, den Grad der pathologischen Elemente der Bewegung in den verschiedenen Körperbezirken (wie z.B. die Schwäche einzelner Muskelgruppen, die Tendenz einfache globale Bewegungen einzusetzen ...).

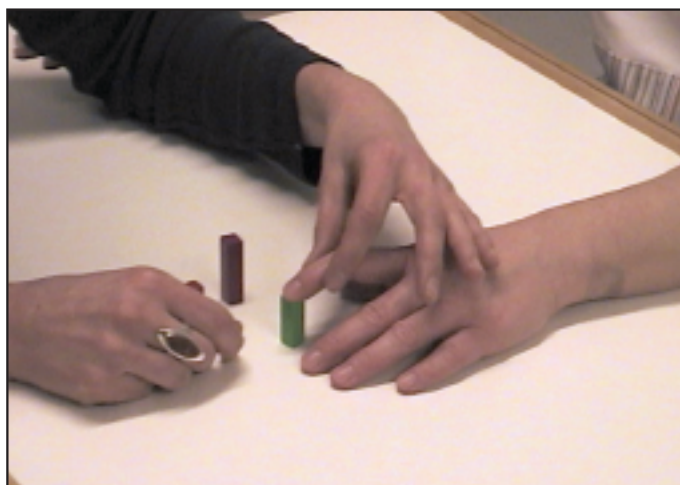
Die Übungen werden nach dem Grad des motorischen Beitrages und der Beherrschung störender pathologischer Komponenten (wie z.B. unkontrollierte und ungezielte Mitbewegungen) seitens des übenden Patienten klassifiziert (siehe Kasten). Je nach klinischer Situation des Patienten werden die Übungsgrade und Kombinationen (mit Schwerpunkt an den oberen oder unteren Extremitäten, am Rumpf, den ganzen Körper betreffend) anders gewählt. Die Übung 1. Grades ist auch ein Mittel der Tonusregulierung und Senkung. Es ist wesentlich dabei, dass der Patient mit seinem Körper ein motorisches Problem lösen muss (siehe Fotos).

Autor

Birgit Rauchfuß,
Praxis für
Ergotherapie in Marl
am Therapiezentrum
Hof Feuler.
Dr. Fabio Mario Conti
Clinica Hildebrand
Centro di riabilitazione
in Brissago, Schweiz



Der Therapeut führt den Arm des Patienten im ersten Grad. Der Patient muss verschiedene Positionen spüren (kinästhetische Informationen) und gleichzeitig die abnorme Reaktion auf Dehnung der betroffenen Muskulatur kontrollieren.



Der Therapeut führt einen Finger des Patienten entlang der Kante eines Stäbchens bis zur Spitze. Der Therapeut lässt so den Patienten alle Höhen spüren. Dann soll er sie bei geschlossenen Augen wiedererkennen (kinästhetische Information). Damit der Patient die Höhe korrekt wahrnehmen kann, muss er die abnorme Reaktion auf Dehnung der entsprechenden Muskeln kontrollieren können.

Von der geführten zur selbstständigen Bewegung

Es handelt sich somit um ein Vorgehen des motorischen Lernens. Ein Problem lösen bedeutet, dass dem Patienten eine Fragestellung bewusst ist. In Funktion der kognitiven Situation des Patienten muss die Problemstellung angepasst werden. Auch die Lösungsstrategien des Patienten werden nicht nur von seinen sensomotorischen Fähigkeiten abhängig sein, sondern auch von seinem Denkvermögen (z.B. von seiner Aufmerksamkeit, seinen Möglichkeiten Informationen zu verarbeiten ...), auch wenn das motorische Problem durch den Einsatz des Körpers gelöst werden sollte.

Literatur

- Perfetti C., Briganti St., Noccioli W., Panattoni F.: *Condotta Terapeutica per la rieducazione motoria dell'emiplegico*, 1986, Ghedini Editore Milano
 - Perfetti C., Pieroni A.: *La logica dell'esercizio*, 1992, Idelson Liviana s.r.l., Napoli
 - Perfetti C., Grimaldi L.: *La rieducazione motoria dell'emiplegico*, 1979, Ghedini Editore Milano
 - Perfetti C., Oberleit S., Dieplinger-Falchetto A., Pantè F.: *Der hemiplegische Patient, Kognitiv-therapeutische Übungen*, 1997, Pflaum Verlag München

Bei den Übungen 1. Grades werden dem Patienten taktil-kinästhetische Informationen angeboten, wobei der Arm oder das Bein vom Therapeuten geführt wird. Die Motorischen Komponenten werden somit vom Therapeuten übernommen. Der Patient soll lernen, bei den dabei entstehenden Dehnungen der involvierten Muskulatur eventuelle abnorme Reaktionen zu kontrollieren. Das Beherrschen abnormer Reaktionen auf Dehnung ist eine wesentliche Voraussetzung für das Entstehen von physiologischen Bewegungen.

Bei den Übungen 2. Grades wird der Patient seine zur Verfügung stehende Motorik zunehmend für die Aufnahme von taktil-kinästhetischer Information aktivieren. Der Patient muss lernen, bei der willkürlichen Motorik die überschießende Muskelkontraktion (abnorme Irradiation) zu vermeiden. Der Therapeut baut im Laufe der Behandlung schrittweise die Unterstützung ab.

Bei den Übungen 3. Grades verlängert sich die kinematische Kette, unter Einbezug immer größerer Teile des Systems, bis zur Erarbeitung harmonischer globaler Strategien. Der Patient muss lernen, das eventuelle Auftreten von primitiven Bewegungsschablonen (elementare Schemata) zu vermeiden und statt dessen hochentwickelte, fragmentierte Bewegungen hervorzubringen. Die koordinierte Kontraktion der motorischen Einheiten verschiedener Muskelgruppen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen zum Wiedererlangen physiologischer Bewegungsabläufe.

Die systematische Durchführung der aufeinander abgestimmten Übungen verlangt eine präzise Arbeitsweise und dient der ständigen Qualitätskontrolle der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen.

Die Kernstrategie der Therapie ist das aktive Üben durch den Patienten. Wenn der Patient nicht in der Lage ist seine Extremitäten auf der betroffenen Seite zu bewegen, was bei den rehabilitationsbedürftigen Betroffenen in den allermeisten Fällen initial so ist, wird die Bewegung, die bei den Übungen zur Lösung des Problems notwendig ist, von der Therapeutin geführt.

Die Übung 1. Grades würdigt zudem die Tatsache, dass in der ersten Phase nach dem Eintreffen des Schlaganfalles vieles für ein schonendes Vorgehen spricht. Jede der zuerst geführten und stufenweise immer mehr vom Patienten selbst durchgeführten Bewegung, entspricht in

zunehmender Komplexität den funktionell unentbehrlichen Handlungen des Alltages, wie die folgenden Handlungen es sind: sich einem Objekt nähern, berühren, greifen, Druck ausüben, Widerstände oder Gewichte wahrnehmen. Die Übungen werden repetitiv angewandt, wobei die festgestellten Verbesserungen der Motorik fließend die Wahl der Übungen, mit ihrem Schwierigkeitsgrad der motorischen Aufgaben, beeinflussen. Der Steigerung in der Komplexität der Handlung wird eine „Automatisierung“ der motorisch einfacheren Zwischenstufen, die aber alle Charakteristika der funktionellen Handlungen des Alltages besitzen, vorausgehen.

Diese Therapie ist ein modernes Element, das sich in der Planung einer multi- und interdisziplinären Rehabilitation sehr gut einfügen lässt.

Kontakt

Birgit Rauchfuß
 Praxis für Ergotherapie
 Therapiezentrum
 Hof Feuler
 Linder Weg 44
 45770 Marl
 email: rauchfuss@
 ergotherapie-marl.de

Dr. Fabio Mario Conti
 Clinica Hildebrand
 Centro di riabilitazione
 Via Crodolo
 CH-6614 Brissago
 Präsident des VFCD
 (Verein zur Förderung
 der Cognitiven
 Rehabilitation)



Eher eine Übung zweiten Grades. Der Patient soll die verschiedenen Kissen (weich, mittel, hart) spüren. Dafür muss er lernen, die Achillessehne locker zu lassen („weich machen“), damit diese in das Kissen einsinken kann. Er soll sie nicht hinunterdrücken, er soll sie mit der Schwerkraft sinken lassen.



Übung dritten Grades. Der Patient fährt mit dem Zeigestab die einzelnen Linien entlang, ohne dass es zu pathologischen Bewegungen kommt. Er muss eine Aktivierung der verschiedenen Muskelgruppen koordinieren und kontrollieren. = fragmentierte Bewegung (Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hand) hervorbringen.